



"A NON-PROFIT ORGANIZATION SINCE 1979"

9862 Chapman Avenue. Garden Grove, CA 92841

www.southlandintegrated.org | clinic@southlandintegrated.org

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I hereby authorize _____ regarding _____
Name of Physician, Medical Group or Hospital Specialty
Tel: _____
Fax: _____
Address City State Zip Code

To release my medical records to:

Southland Integrated Services, Inc.
9862 Chapman Avenue
Garden Grove, CA 92841
PH: (714) 620-7001; FAX: (714) 620-7091

I understand that I have the right to limit the type of information released from my medical records as in the case of HIV test results, mental health information and alcohol and drug abuse information. The following information is to be released:

- ☐ I have no limitations on the information to be released from my medical record including any information concerning AIDS or results of HIV testing, psychological treatment and/or alcohol or drug abuse.
- ☐ The information to be released from my medical records **shall be limited to:** _____

The reason for requesting that my medical records be copied is:

- ☐ Changed Insurance ☐ Second Opinion ☐ Personal Use ☐ Legal Case ☐ Other: _____
☐ Changed Doctor ☐ Moving Out of Area ☐ Accident/Third Party Liability ☐ Unhappy with care

I agree to pay a reasonable charge to cover the cost of clerical costs incurred in making the records available for review. I understand that I will be charged a copying fee of up to twenty-five cents (\$0.25) per page for standard documents and postage costs.

I understand that I may receive a copy of this authorization. This authorization is effective now and will remain in effect of six (6) months from the date signed or _____. I understand that the requestor may not further use or disclose the medical information unless another authorization is obtained from me unless such use or disclosure is specifically required or permitted by law.

Patient's Name: _____ **Date of Birth:** _____

Address: _____ **Social Security #:** _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____ **Phone:** _____

Patient's Signature (Parent/Patient's Legal Representative): _____

Relationship to Patient: _____

(Authorized legal representative must submit supporting legal documentation)

This authorization for use of disclosure of medical information is being requested of you to comply with the terms of the Confidentiality of Medical Information Act of 1981, Section 56, et. se. California Civil Code. In compliance with California's Health & Safety Code 1795.12, it is our policy to allow current and former adult patients, parents of minor patients (with exceptions), patients guardians or conservators, and deceased patient's beneficiaries or representatives to inspect the patient's medical record **within five working days** after receiving a written request or to ensure that copies are transmitted **within 15 days after** receipt of the written request and payment of reasonable clerical costs. See 45 CFR §164.508(c)(1)(i-iii)

*To be completed in person



“A NON-PROFIT ORGANIZATION SINCE 1979”

9862 Chapman Avenue. Garden Grove, CA 92841

www.southlandintegrated.org | clinic@southlandintegrated.org

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Instructions

This Authorization Form helps Southland Integrated Services, Inc. protect your privacy. We ask that you complete this form so that we may request for your medical record from your previous primary care provider, specialists or hospitals. Please read the information on this page and complete the form on the previous page. If you have questions or need help completing this form, please ask our staff.

Member Rights

- I understand that I can receive a copy of this Authorization, if requested.
- I understand that I may ask to receive an additional copy of this Authorization.
- I understand that I may refuse to sign this Authorization.
- I understand that neither treatment nor payment will be dependent upon my refusing or agreeing to sign this Authorization.

Right to Cancel

I understand that I have the right to cancel this Authorization at any time. I understand that canceling this Authorization will not affect the ability of Southland Integrated Services, Inc. to use or disclose the medical record that was based on this Authorization. To cancel this Authorization, I understand that I must make my request in writing and clearly state that I am cancelling this specific Authorization. In addition, I must sign my request and then mail, deliver in person or fax my request to:

Southland Integrated Services, Inc.
9862 Chapman Avenue
Garden Grove, CA 92841
Fax: 714-620-7091

Restrictions

I understand that health information used or disclosed as a result of my signing this Authorization may not be further used or disclosed by the recipient unless another authorization is obtained from me or unless such use or disclosure is specifically permitted or required by law.

GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Hướng Dẫn

Giấy Cho Phép này giúp Southland Integrated Services, Inc. bảo vệ sự riêng tư của quý vị. Chúng tôi yêu cầu quý vị hoàn tất mẫu đơn này để chúng tôi có thể xin bệnh lý của quý vị từ bác sĩ gia đình trước đây, bác sĩ chuyên môn hoặc bệnh viện. Xin vui lòng đọc thông tin trên trang này và điền đầy đủ trang trước đây. Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi hoặc cần giúp đỡ hoàn tất giấy này, xin vui lòng hỏi nhân viên của chúng tôi.

Quyền Hạn của Thành Viên

- Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được một bản sao của Giấy Cho Phép này, nếu được yêu cầu. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu để được nhận thêm một bản sao của Giấy Phép này.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối ký Giấy Cho Phép này.
- Tôi hiểu rằng việc điều trị hoặc trả tiền sẽ không lệ thuộc vào việc tôi từ chối hay đồng ý ký Giấy Cho Phép này.

Quyền Hủy Bỏ

Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ Giấy Cho Phép này bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng việc hủy bỏ Giấy Cho Phép này sẽ không ảnh hưởng đến việc Southland Integrated Services, Inc. sử dụng hoặc tiết lộ tin tức bệnh lý dựa trên Giấy Cho Phép này. Để hủy bỏ Giấy Cho Phép này, tôi hiểu là tôi phải thực hiện yêu cầu qua văn bản và ghi rõ là tôi đang hủy bỏ Giấy Phép này. Ngoài ra, tôi phải ký tên vào giấy yêu cầu rồi gửi thư, mang hoặc gửi fax đến:

Southland Integrated Services, Inc.
9862 Chapman Avenue
Garden Grove, CA 92841
Fax: 714-620-7091

Giới Hạn

Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe được sử dụng và tiết lộ dưới sự đồng ý của tôi có thể không được sử dụng bởi người nhận trừ khi có một giấy cho phép khác từ tôi hoặc trừ khi được đòi hỏi và cho phép bởi luật pháp.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Instrucciones

Este Formulario Autorización le ayuda a Southland Integrated Services, Inc. a proteger su privacidad. Le pedimos que complete este formulario para que solicitamos para su registro médico a su médico de familia anterior, especialistas o hospitales. Por favor lea la siguiente información y llene el formulario en la página anterior. Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar el formulario, por favor pregunte a nuestro personal.

Derechos de los miembros

- Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización, si la solicito.
- Entiendo que puedo solicitar una copia adicional de esta autorización.
- Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización.
- Entiendo que ni mi tratamiento ni los pagos por mi atención dependen en que yo me niegue o acepte firmar esta autorización.

Derecho a cancelar

Entiendo que tengo el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que la cancelación de esta autorización no afectará la habilidad de Southland Integrated Services, Inc. de usar o divulgar el registro médico que se basó en esta autorización. Para cancelar esta autorización, entiendo que debo solicitarlo por escrito e indicar que estoy cancelando esta misma autorización. Además, debo firmar mi solicitud y enviarla por correo, por facsímil o entregarla en persona a:

Southland Integrated Services, Inc.
9862 Chapman Avenue
Garden Grove, CA 92841
Fax: 714-620-7091

Restricciones

Entiendo que la información de salud usada o divulgada como resultado de mi firma en esta autorización no puede ser usada o divulgada por el destinatario a menos de que se obtenga otra autorización de mí o a menos que dicho uso o divulgación es específicamente permitida o requerida por ley.